

The home care job and its peculiarities: impressing a new health care logic

Andrade, Angélica Mônica; Brito, Maria José Menezes; Silva, Kênia Lara; Randow, Roberta Mendes Von; Montenegro, Livia Cozer

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Andrade, A. M., Brito, M. J. M., Silva, K. L., Randow, R. M. V., & Montenegro, L. C. (2013). The home care job and its peculiarities: impressing a new health care logic. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 5(1), 3383-3393. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-330524>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Free Digital Peer Publishing Licence zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den DiPP-Lizenzen finden Sie hier:
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>

Terms of use:

This document is made available under a Free Digital Peer Publishing Licence. For more Information see:
<http://www.dipp.nrw.de/lizenzen/dppl/service/dppl/>



PESQUISA

THE HOME CARE JOB AND ITS PECULIARITIES: IMPRESSING A NEW HEALTH CARE LOGIC

SINGULARIDADES DO TRABALHO NA ATENÇÃO DOMICILIAR: IMPRIMINDO UMA NOVA LÓGICA EM SAÚDE

PECULIARIDADES DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA: IMPRIMIENDO UNA NUEVA LÓGICA EN SALUD

Angélica Mônica Andrade¹, Maria José Menezes Brito², Kênia Lara Silva³, Roberta Mendes Von Randow⁴,
Lívia Cozer Montenegro⁴

ABSTRACT
Objective: Its objective was to understand domiciliary care in the perspective of healthcare professionals that have experience in it considering the peculiarities of their day-to-day work. **Methods:** This is a descriptive and exploratory study with a qualitative approach. The study subjects were seven professionals working in two domiciliary care teams of an emergency unit in a Brazilian capital. **Results:** The results indicate that home care is an innovative alternative for the construction of a different healthcare approach that reduces healthcare system costs and enable a humanized, interdisciplinary and inventive logic. **Conclusion:** In this perspective home care is an important reorganization space and exemplifies a new work dynamic in which knowledge sharing predominates. Nevertheless an education directed to the formation of professionals able to act on the demands and needs of this new scenario remains challenging. **Descriptors:** Home care services, Home nursing, Health care.

RESUMO
Objetivo: Compreender a atenção domiciliar na visão de profissionais de saúde que a vivenciam, considerando as singularidades do seu cotidiano de trabalho. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Foram sujeitos sete profissionais que atuam em duas equipes de atenção domiciliar de uma unidade de pronto atendimento de uma capital brasileira. **Resultados:** A atenção domiciliar se revela como uma alternativa inovadora para a construção de um modo diferenciado de produzir cuidado reduzindo custos para o sistema de saúde e possibilitando uma lógica humanizada, interdisciplinar e inventiva no trabalho. **Conclusão:** A atenção domiciliar representa uma nova dinâmica de trabalho na qual predomina o compartilhamento de saberes em um importante espaço de reorganização da atenção à saúde. Contudo, permanece o desafio da formação que prepare os profissionais para atuar sobre as demandas e necessidades que se revelam neste cenário. **Descritores:** Serviços de assistência domiciliar, Assistência domiciliar, Atenção à saúde.

RESUMEN
Objetivo: Entender la atención domiciliar desde la perspectiva de los profesionales de salud, considerando las peculiaridades de su trabajo cotidiano. **Métodos:** Estudio exploratorio descriptivo cualitativo. Los sujetos fueron siete profesionales de dos equipos de atención domiciliar de una unidad de emergencias de una capital brasileña. **Resultados:** La atención domiciliar es una alternativa innovadora para construir un modo diferente de producir atención que reduzca los costos del sistema de salud y permita una lógica humanizada, interdisciplinaria e inventiva en el trabajo. **Conclusión:** La atención domiciliar representa una nueva dinámica de trabajo donde predomina el compartir conocimiento en un importante espacio de reorganización de la atención de la salud. Sin embargo, permanece el reto de la formación de los profesionales, que deben estar preparados para atender las demandas y necesidades que se presentan en este escenario. **Descriptores:** Servicios de atención de salud a domicilio, Atención domiciliar de salud, Atención a la salud.

¹ Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: angelicamonica.andrade@gmail.com. ² Enfermeira, Doutora em Administração, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Email: mj.brito@globo.com; ³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta Departamento de Enfermagem Aplicada. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. Email: kenialara17@yahoo.com.br. ⁴ Enfermeira, Mestre em Escola de Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Email: robertafmendes@gmail.com. ⁵ Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Email: liviacozermontenegro@gmail.com.

INTRODUÇÃO

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta o desafio da construção de estratégias que contemplem o atendimento de diferentes necessidades de saúde existentes, acolhendo, assim, as condições crônicas e agudas mutuamente.¹ A atenção domiciliar (AD) apresenta-se como uma alternativa viável para responder às necessidades da população idosa e com prevalência de doenças crônico-degenerativas, assim como de sequelas por condições violentas de vida, o que acarreta uma maior demanda de serviços de saúde.²⁻³ Neste contexto, a opção pelo domicílio como locus de atenção busca racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização e em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar.^{2,4-5}

Os serviços de atenção domiciliar estão em crescimento no Brasil desde 1990, seguindo a tendência mundial decorrente de seu potencial de contribuir para a diminuição da sobrecarga do sistema de saúde proporcionando, portanto, uma maior eficiência e eficácia do atendimento à saúde⁶. Nessa ótica, tornam-se necessárias legislações específicas e políticas públicas que definam seus conceitos, finalidades, atribuições e fluxos incorporando-os aos demais equipamentos de saúde do SUS.

Destaca-se, pois, a criação do Programa denominado “Melhor em Casa - A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar”, de iniciativa do Governo Federal Brasileiro. Tal Programa é respaldado pelas Portarias Nº 2527/2011 e Nº 2959/2011 que definem a AD no âmbito do SUS e habilitam estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de AD.⁷⁻⁸ Esta iniciativa representa uma tentativa de ampliação das

equipes de AD no Brasil e visa propiciar o cuidado no domicílio e articular os diferentes pontos da rede de atenção à saúde de modo a expandir a resolutividade e a integralidade do cuidado.⁷

A modalidade de atenção no domicílio envolve todos os níveis de atenção à saúde, reforçando sua relevância no cuidado à saúde. No que concerne às Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), os Programas de Atenção Domiciliar (PADs) vinculados a estes equipamentos de saúde estão previstos como componentes da Rede de Atenção às Urgências e são organizados para atender a pacientes em agudização de algum quadro clínico cuja internação hospitalar seja indicada, mas passível de ser evitada por meio de AD.^{2,7}

É reconhecido que a atenção domiciliar propicia um cuidado inovador e singular em saúde, configurando-se como substitutivo, pois opera seguindo a lógica de desinstitucionalização⁵. A particularidade do trabalho nesta modalidade de assistência está associada ao uso de diferentes saberes além do científico, proporcionando uma relação mais próxima com usuários e famílias assistidos no seu cotidiano de vida. Assim, os profissionais podem “defrontar-se com universos culturais e sociais complexos e polêmicos”. E é nesta particularidade da atenção domiciliar que surge a possibilidade de “interação, superação de preconceitos, invenção de soluções e resgate de redes de solidariedade”.^{5:183}

Nesta perspectiva, acredita-se que o cuidado no âmbito da AD possua singularidades que merecem ser desvendadas. Portanto, busca-se neste estudo compreender a atenção domiciliar na visão de profissionais de saúde que a vivenciam, considerando as singularidades do seu cotidiano de trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de caso, descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em um Programa de Atenção Domiciliar vinculado à unidade de pronto-atendimento de uma capital brasileira. A escolha desta abordagem se deve ao fato de a pesquisa qualitativa ser orientada para análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais. Considerando o objeto do estudo, foi utilizada a metodologia de estudo de caso que visa à apreensão da realidade de uma instância singular, em que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada.⁹

O Programa em foco compõe a rede de atenção à saúde do município e caracteriza-se como um serviço de atenção secundária. As ações das equipes dos PADs possibilitam a “desupalização” e identificação de usuários que procuram as UPAs e que tenham demandas passíveis de intervenção e acompanhamento no domicílio.³

Foram sujeitos do estudo sete profissionais que compõem duas equipes de atendimento do PAD, sendo três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, um assistente social e um médico. A coleta de dados ocorreu durante os meses de maio e junho de 2011 por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, realizada após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹⁰ Os depoimentos dos sujeitos foram gravados e posteriormente transcritos. Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. Salienta-se que essa estratégia consiste em um conjunto de técnicas de

análise das comunicações, visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição de conteúdo das mensagens.¹¹

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do município e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade (CAAE Nº 0057.0.410.203-10). Todos os sujeitos foram informados sobre o objetivo e finalidade da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As Normas do Conselho Nacional de Pesquisa em Humanos da Resolução 196/96, foram observadas em todas as fases da pesquisa.¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A análise dos dados permitiu revelar as singularidades do trabalho no PAD na perspectiva dos profissionais que atuam nesta modalidade de assistência. Os achados foram organizados em temas, quais sejam: A AD e uma nova lógica de cuidado em saúde; AD como espaço na (re)organização da atenção à saúde e Desafios da formação para atuar na atenção domiciliar.

A atenção domiciliar e uma nova lógica de cuidado em saúde

Os profissionais que atuam na AD percebem essa modalidade de assistência como uma importante estratégia para a ampliação do conceito de atenção à saúde incorporando, na prática, a busca da humanização e do acolhimento.

O PAD é um Programa de Atendimento Domiciliar que visa levar um conforto a mais para o paciente em casa, no domicílio. É um conforto a mais para o paciente que está se recuperando em casa depois da alta hospitalar. (TE1)

O Programa de Atenção Domiciliar, diferentemente do PSF {Programa de Saúde da Família}, ele propõe um acompanhamento mais contínuo do

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL *et al.*

The home care job...

paciente, mais de perto durante essa fase mesmo. (M1)

tratamento, porque quando você entra na casa do paciente, que não tem nem aonde você colocar suas malas, por exemplo, você tem que criar circunstâncias para o atendimento e isso torna o profissional muito mais eficiente, eficaz e versátil. (E2)

Os depoimentos apresentados reforçam a compreensão da AD como modalidade de atenção que pressupõe um cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades, distinguindo-se de outras modelagens em que há um distanciamento entre profissionais e usuários.²

A possibilidade da AD proporcionar um cuidado resolutivo e eficaz ao usuário foi relatada pelos sujeitos como um aspecto singular nesta modalidade de atenção, o que representa uma inovação na atenção à saúde, pois possibilita o contato com a realidade e contexto de vida do sujeito, propiciando a construção de um projeto terapêutico condizente com as reais possibilidades e demandas do usuário.

O que me motivou foi o trabalho do PAD, a resolutividade que acontece, porque a gente pega o paciente, quando a gente devolve ele para o posto {Centro de Saúde} a gente já conseguiu fazer tudo para inserir ele em todos os projetos inclusive socialmente, a gente consegue dar uma organizada na vida familiar e a melhoria desse estado geral, que é muito importante. Esse vínculo só é quebrado depois que a gente consegue cuidar de vários pontos. (TE2)

O PAD [...] tem trazido alguns benefícios que eu acredito que quando a Prefeitura criou, ela não imaginava que daria tantos benefícios quanto está dando atualmente. Então pra mim o PAD ele é uma chance que os profissionais têm de estarem trabalhando em equipe, de o enfermeiro ter uma autonomia que ele tanto procura, de poder trabalhar com pessoas e tentar intervir naquilo que a gente tá vivendo, que o próprio paciente vive no domicílio dele. (E1)

Outra singularidade da AD apontada no estudo está relacionada à possibilidade de inovação no trabalho, concretizada por meio da criatividade dos profissionais de saúde na busca de soluções para superar as limitações do cuidado no domicílio.

Só que o PAD ele me chamou a atenção porque ele é extremamente ativo, e você o tempo todo cria alternativas de

Na AD, o profissional realiza o cuidado no domicílio, o qual se configura como espaço de domínio do paciente. Essa particularidade da AD exige “a participação de toda a equipe multiprofissional e a construção de estratégias inovadoras de cuidado, considerando os contextos materiais e familiares”.^{5:183-184} A invenção é considerada como um importante instrumento no trabalho na AD, “pois há muita criatividade para superar as limitações do ambiente físico”.^{5:183-184} Não obstante, além do paciente do PAD, a sua família também passa a ser foco de cuidado da equipe o que demanda adaptação do profissional, além de um olhar ampliado da realidade.

As possibilidades de inovação no trabalho na AD são reveladas, portanto, como o trabalho vivo em ato⁵. Nesta perspectiva, o cuidado em saúde se desenvolve mediante encontros únicos e singulares repletos de subjetividade que demandam relações e intervenções específicas às necessidades expressas pelo usuário.¹² O trabalho vivo em ato é aquele que ocorre no momento da execução pelo profissional, e desta forma é passível de criatividade e invenção.¹³ É neste trabalho que as relações podem se estabelecer propiciando o surgimento de novos aspectos que tornem o encontro terapêutico uma verdadeira relação de cuidado, dentro de uma perspectiva que busque relacionar ativamente os aspectos técnicos da profissão aos aspectos humanistas da atenção à saúde.¹⁴ Para se alcançar um encontro verdadeiro e uma ação qualificada faz-se necessário que as práticas em AD valorizem o encontro trabalhador-usuário precedidos por tecnologias leves de cuidado produzidas em ato,

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL *et al.*

The home care job...

possibilitando uma escuta mais refinada das demandas individuais.^{5,12}

Neste sentido, reafirma-se que o potencial inovador da atenção domiciliar se concretiza na capacidade das equipes em perceberem e considerarem os diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias na produção do cuidado. Assim, desenvolvem-se “inovações tecnológicas de cuidado e maiores possibilidades de efetivação do trabalho em equipe, que articula e compartilha diferentes saberes e práticas profissionais nos projetos terapêuticos” com perspectiva de ampliação da autonomia tanto de usuários como de cuidadores.^{2:175}

Na nova lógica de cuidado instaurada com a atenção domiciliar, os participantes do estudo relatam que o cotidiano do trabalho ocorre de forma harmoniosa e satisfatória devido a possibilidade e efetividade da atuação em equipe:

A facilidade é o tratamento da equipe, porque todo mundo trabalha em sintonia e fala a mesma língua e isso é muito importante no trabalho [...]. Cada dia um faz uma coisa, todo mundo faz tudo. Eu faço hoje, amanhã a enfermeira está fazendo o mesmo trabalho, o médico também, todo mundo faz tudo, todo mundo sabe tudo. Além do cuidado com o paciente que é medicação, coleta de exame, curativo, a gente tem a estatística, o mapa de curativo, tem almoxarifado, a gente tem um monte de tarefas que a gente realiza. (TE1)

A principal é que eu acho que me encantou, de anos já de formada, é a equipe trabalhar de maneira harmônica e uma equipe ética e que cada um valoriza o trabalho do outro, vendo a individualidade do outro, mas é uma equipe superunida e uma equipe que eu acho super ética. Eu nunca trabalhei com equipe melhor. (AS1)

A esse respeito salienta-se que as relações de confiança e cumplicidade são fundamentais para se implementar novos modos de produzir o trabalho em saúde. Neste sentido, a interação entre os componentes da equipe de atenção R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. jan./mar. 5(1):3383-93

domiciliar contribui para uma perspectiva de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar destacando-se como algo singular no PAD. Para tanto, os profissionais se reportam ao compartilhamento de ações e responsabilidades na produção do cuidado:

A gente trabalha de uma forma muito igual, o médico, o enfermeiro. Já teve caso, por exemplo, isso eu acho incrível, eu fui fazer curativo com a médica, teoricamente era um curativo simples, eu poderia fazer sozinha, chegando lá eram dez úlceras que o paciente tinha. A médica que estava comigo não teve dúvida, ela arregaçou as mangas, calçou uma luva e entrou para fazer todos os curativos comigo e isso sem falar nada, porque aqui é assim. A parte burocrática é toda dividida, então isso é muito único no PAD, a gente fica muito tempo juntos, então dá uma idéia realmente de interdisciplinaridade. [...] A interação multidisciplinar é muito impressionante. Os médicos, enfermeiros, técnicos, assistente social, é muito interessante, muito válido, muito rico. (E2)

Destaca-se que a interdisciplinaridade é possível no trabalho no PAD, sendo identificada neste estudo como singularidade e inovação na AD, superando as práticas isoladas, fragmentadas e individuais que se perpetuam nos modelos tradicionais de atenção à saúde.¹⁵ Existe, pois, uma nova dinâmica de trabalho na AD na qual predominam o compartilhamento de saberes, o respeito mútuo dos profissionais e a construção de novas formas de “integrar as especificidades de cada profissional como essenciais para um cuidado de qualidade no cotidiano do trabalho”.^{2:175}

Nesta perspectiva, os sujeitos mencionam o respeito às atribuições específicas de cada profissão. Ao falar sobre os papéis específicos de cada profissional os participantes do estudo referem-se ao conjunto de saberes e responsabilidades específicas de cada categoria profissional, o que contribui para um campo comum no qual todos os profissionais se tornam aptos para a produção do cuidado.¹⁶ É, justamente

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL *et al.*

The home care job...

neste campo comum de atuação que se concentra a essência do trabalho na AD, se tornando, portanto, território de domínio comum a todas as profissões:

Nós trabalhamos em equipe interdisciplinar, médicas, enfermeiras, assistente social e também auxiliar de enfermagem e o pessoal da programação interdisciplinar. Eu acho super interessante o trabalho como cada um atua na sua área, respeitando a do outro, mas interagindo entre si. (AS1)

E o que eu acho interessante é que no nosso PAD aqui eu sinto que cada um sabe mesmo o seu lugar, ninguém fica interferindo no trabalho do outro e todo mundo respeita o trabalho do outro, então é bacana porque cada um tem realmente tem seu papel específico e a gente se respeita. (M1)

Os achados corroboram com a compreensão de que as “disputas entre núcleos e campos de saberes profissionais” não são frequentes na atenção domiciliar “pois existe construção conjunta e proatividade de todos de acordo com as necessidades dos usuários”.^{2:175}

Assim, pode-se afirmar que a AD reordena o processo de trabalho das equipes de saúde, o que, segundo os sujeitos, propicia a ampliação do potencial de ação da equipe, além de beneficiar os usuários e a própria equipe, que passa a reconhecer o diferencial de uma atuação interdisciplinar:

Acho um trabalho ético e acho um trabalho que sempre resulta em uma melhoria de vida do paciente, que é esse o objetivo nosso. (AS1)

As facilidades que eu encontro é pela equipe. É uma coisa que eu estou achando muito bacana, nunca tinha trabalhado assim antes, com uma equipe multiprofissional e eu acho que faz muita diferença para o paciente [...] e eu acho que no resultado pro paciente isso é muito bom. (M1)

O cuidado prestado no domicílio evidencia uma série de questões que desvelam a construção de uma nova lógica de atenção à saúde. Revela-
R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. jan./mar. 5(1):3383-93

se, por meio dos depoimentos, que a AD proporciona um cuidado resolutivo e centrado no usuário e constitui-se como um espaço privilegiado para o desenvolvimento do trabalho vivo em ato dando margem à inovação nas práticas de atenção à saúde.

Atenção domiciliar como espaço na (re)organização da atenção à saúde

Os resultados do estudo permitiram o entendimento da AD como importante espaço na (re)organização da atenção à saúde. Assim, os entrevistados expressaram o “lugar” do PAD na redução de internações hospitalares, na desospitalização e, no caso dos PADs vinculados as UPAs, na “desupalização”:

A desospitalização e a desupalização, é o ponto principal. O que ele faz é tirar paciente com melhora do quadro clínico, que não precisa ficar internado, não precisa ficar ocupando leito, a gente leva pra casa e aí começa o tratamento ou por via oral, se for o caso, ou venoso, dependendo do estado em que o paciente está saindo da UPA ou do hospital. (TE2)

O PAD, ele é um programa voltado para a desospitalização e redução do número de pacientes agudos ou que necessitam de internação. Paciente com um quadro agudo mas que não compromete os sistemas, de uma forma que ele possa ir para o domicílio. (E3)

A AD é percebida como um esforço de mudança na organização dos serviços de saúde, buscando superar o modelo assistencial centrado em cuidados hospitalares, embora os mesmos sejam imprescindíveis em situações específicas¹⁷. A despeito de sua relevância, estudos indicam que existe uma demanda para o cuidado domiciliar maior que a capacidade de atendimento das equipes de AD existentes no Brasil. Ou seja, a AD ainda não possui capacidade de se configurar como uma modalidade substitutiva à internação hospitalar.^{2,5}

No que tange a esta discussão, cabe salientar que a redução de custos para o Sistema

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL *et al.*

The home care job...

de Saúde brasileiro pode ocorrer simultaneamente à transferência de trabalho para as famílias. No entanto, a AD busca minimizar tal situação ao fornecer aos familiares e pacientes a maior parte dos recursos materiais necessários ao cuidado no domicílio.⁵

A perspectiva econômico-financeira de otimização de leitos também foi expressa pelos participantes do estudo, destacando a importância da AD na redução de custos advindos de uma hospitalização desnecessária:

Os pacientes melhoram muito mais rapidamente do que se estivessem internados, sem contar o risco de infecção e a própria economia mesmo para o sistema SUS. Mas, de qualquer forma, o PAD, a filosofia dele é incrível, eu acho muito interessante. E para nós como profissional também é fantástico, você poder entrar na casa das pessoas, somos muito bem recebidos por isso. (E2)

Foi possível identificar a importância da AD como uma modalidade de atenção que proporciona, ao mesmo tempo, a redução de custos para o Estado bem como amplia as possibilidades de um cuidado pautado nas necessidades do usuário. Reforça-se que existem duas vertentes complementares que permeiam a organização dos serviços de AD e, também, as práticas profissionais. Uma diz respeito à perspectiva racionalizadora da AD que a revela “como forma de diminuir custos por meio da abreviação ou substituição da internação hospitalar”. A outra se refere à AD que visa a “reordenação tecnoassistencial com valorização da rede substitutiva de cuidados”, ou seja, o lado da AD mais voltado para a humanização do cuidado e “contextualizada de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias”.^{2:174}

Ressalta-se que a AD revela-se como uma modalidade inovadora em saúde também devido a seu potencial em se adequar a diferentes pontos da rede assistencial de saúde, podendo, assim, R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. jan./mar. 5(1):3383-93

fazer parte de serviços em todos os níveis de atenção.⁷ Sobre esta questão, um dos participantes apresenta o entendimento de que a AD deve fazer parte de todos os “braços” do SUS:

Eu entendo como uma extensão do atendimento do SUS, que é uma coisa mais nova, mas extremamente importante. Eu acho que PAD é necessário mesmo no cuidado, assim como todos os outros braços do SUS, então do mesmo modo que a UPA é importante para a urgência, o PAD é importante para essa continuidade enquanto o paciente está instável ainda. (M1)

Com base neste depoimento, ressalta-se que a AD pode, sim, fazer parte tanto da Atenção Primária à Saúde, como de Unidades de Pronto Atendimento e de Hospitais.⁵ Também é identificada outra singularidade da AD, qual seja, a de poder se adequar a diferentes realidades institucionais, se organizando de acordo com a lógica do ponto da rede de atenção à saúde da qual faz parte. Outra singularidade da AD surge neste cenário ao proporcionar aos profissionais um contato com a realidade do espaço em que vive usuário, que muitas vezes é repleta de carências.⁵ Deste modo, o profissional busca ajudar as famílias com novas formas de cuidar:

O PAD é um encontro agora com uma nova atuação que é desospitalizar o paciente e tratá-lo em casa, eu acho uma coisa excelente que é monitorar todos da família, envolvendo para o mesmo tratamento. Eu acho que essa motivação faz com que a gente tenha oportunidade de conversar sobre as noções básicas de higiene, a mobilização social, ou seja, a casa, o que pode ser melhorado, ir atrás de recursos, fraldas, cestas básicas, enfim eu acho que é uma maneira da pessoa, a ficha dele, enquanto hospitalizado, caia devagar e ele se conscientize de que ele tem uma família, que ele tem uma casa pra onde ir. Eu acho super importante esse trabalho. (AS1)

Conforme apresentado no depoimento, o profissional de saúde vivencia a necessidade de

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL *et al.*

The home care job...

intervenções que nem sempre fazem parte de suas atribuições e, assim, indica a premência de outros locais ou serviços para os usuários que não sejam o hospital. Tal prática é realizada por meio de articulações com outros serviços da rede de atenção à saúde ou até mesmo como ou outras instâncias, que não as de saúde. Não obstante, há situações relatadas na literatura em que profissionais utilizem seus próprios recursos para tentar sanar alguma necessidade específica do usuário em seu domicílio.⁵ Aqui, reforça-se que a “solidariedade parece ser um ingrediente comum na caixa de ferramentas desses trabalhadores” assim como a criatividade para possibilitar possíveis adaptações no ambiente físico”.^{5:185}

Os resultados permitem identificar que a AD possibilita um leque de ações profissionais que, por vezes, transcendem “ao que seria de sua alçada” ampliando “a sua responsabilização em relação aos usuários e suas famílias”.^{5:184}

Cabe salientar que a atenção domiciliar consiste em uma estratégia que permite, além do aproveitamento de leitos hospitalares e a redução de custos com a saúde, o cuidado centrado na busca da autonomia e independência do usuário.¹⁸ Assim, sua finalidade ultrapassa a visão substitutiva de internações em instituições de alta tecnologia buscando a continuidade de cuidados.

Pode-se afirmar que há uma compreensão da AD como uma modalidade singular e inovadora de atenção à saúde, que quando realizada com responsabilidade e competência associa o potencial de racionalização de custos com a ampliação da participação do usuário e de sua família no cuidado centrado em suas reais necessidades em um ambiente seguro e de seu domínio, o domicílio.

Desafios da formação para atuar na atenção domiciliar

Os resultados apontaram que o trabalho na AD apresenta amplitude e complexidade específicas demandando, pois, “preparação, qualificação e capacitação dos profissionais para proceder tal modelo de assistência”.^{19:1167} Contudo, os sujeitos da pesquisa relataram que “não foram preparados” para essa modalidade de assistência:

[...] quando eu quis trabalhar no PAD eu tive uma entrevista com a coordenadora na época e ela me perguntou se eu tinha perfil para PAD, eu falei, eu nem sabia o que é PAD muito menos se eu tinha perfil, eu acho que a gente tem que começar a trabalhar para ver se vai dar certo e deu certo porque eu estou aqui até hoje. (E1)

Para entrar no PAD eu não tive um treinamento, mas como eu te falo, pela idade, pela circunstância de vida da gente, eu acho que por eu já ter trabalhado em um hospital enorme e já ter passado e trabalhado na oncologia, que é um poço de problemas e de soluções também eu acho que eu aguentei esse tranco sem esse treinamento. (AS1)

[...] não tive formação específica não, me formei em medicina só, mas eu acho que a gente vai formando na vida. Trabalhei no PSF um tempo, então pra parte de uma complexidade mais baixa e do fluxo do SUS o PSF me ajudou muito e depois eu trabalhei com Pronto Atendimento, que aí facilita você a trabalhar com os casos do paciente que ainda está agudo, mas está estável e tratar o paciente em casa. Então é mais formação de experiência profissional. (M1)

Os achados corroboram com o déficit de formação específica sobre AD nos currículos de graduação. Essa abordagem seria necessária uma vez que o cuidado domiciliar possui especificidades que necessitam ser exploradas durante o processo de formação.²⁰

Os participantes revelaram, ainda, que o processo de preparação para atuar na AD inclui cursos que abordam não somente aspectos do cotidiano no domicílio, mas também aqueles que ampliam a “caixa de ferramentas” para o imprevisível que o atendimento domiciliar guarda:

Eu fiz o curso de urgência e emergência, cursos de urgências clínicas e traumáticas; eu fiz o curso de cuidado ao idoso frágil, eu fiz o curso de curativo, fiz o curso de cuidado ao idoso. E você tem que ter perfil também. E foi muito relevante. (TE1)

Eu fiz alguns cursos de curativo, curso de urgência e emergência e quando na época entrava no PAD precisava fazer uma prova no SAMU {Serviço de Atendimento Móvel de Urgência} que era para urgência e emergência e uma de perfil para trabalhar em domicílio. Acho que foi relevante, acho até que deveria continuar, porque hoje não tem mais esse trabalho. Acho que deveria acontecer, continuar acontecendo essas provas e tudo para a qualidade sempre estar melhorando dos profissionais. (TE2)

Os resultados sinalizam fragilidades na formação dos profissionais de saúde para a atuação na AD. Salienta-se que ainda prevalece o modelo biomédico na formação em saúde, predominando o ensino focado no cuidado hospitalar, centrado na doença e não no sujeito, persistindo assim, “a onipotência da clínica sobre o raciocínio clínico-psicossocial”.^{20:752}

Há que se considerar que o cuidado no domicílio exige a mobilização de competências específicas, principalmente aquelas ligadas ao relacionamento interpessoal para atuar com pacientes, familiares e equipe multiprofissional, de autonomia, responsabilidade e, sobretudo, conhecimento técnico e científico.¹⁸ Ademais, a experiência profissional, o conhecimento científico e a busca de qualificação são fatores necessários para os profissionais atuarem no domicílio.²⁰

A formação profissional é, pois, “fator essencial para uma atenção adequada da equipe de saúde, sendo esta imprescindível para o atendimento domiciliar adequado”.^{19:1173} Mediante a complexidade da AD, faz-se necessário que os currículos das diversas categorias profissionais de saúde contemplem conteúdos visando à formação, preparo e capacitação de acordo com as especificidades da AD¹⁹. A prática de saúde em AD

exige muitas competências que não podem ser adquiridas somente na prática e sim, na formação profissional.²⁰

Importa salientar que o trabalho na AD requer a mobilização de competências diferenciadas e comportamento ético. Para tanto, os currículos devem incorporar elementos dessa prática propiciando o cuidado em consonância com as demandas da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção domiciliar representa um importante espaço no reordenamento do trabalho em saúde e na reorganização da atenção à saúde. No que se refere ao trabalho em saúde, foi possível identificar, por meio desta investigação, o potencial inovador da AD ao possibilitar o compartilhamento de saberes, o respeito mútuo dos profissionais e a construção de novas formas de integração das especificidades de cada profissional no cotidiano do trabalho. Com isso, a AD revelou-se como espaço de atuação interdisciplinar, proporcionando o reordenamento do processo de trabalho das equipes de saúde.

Foi possível ainda perceber o “lugar” da AD na reorganização da atenção à saúde, haja vista a redução das internações hospitalares, a desospitalização com consequente redução de custos para o sistema de saúde.

Vale ressaltar que permanece o desafio de se fortalecer a AD como uma prática resolutiva e substitutiva em saúde, uma vez que os processos formativos não são identificados como favorecedores da prática inovadora e singular que se revela nesta modalidade de atenção. Ademais, a singularidade da AD se expressa na sua possibilidade de interação com outros equipamentos da rede de atenção à saúde. Evidencia-se, pois, que há a necessidade de outros estudos que analisem o papel da AD na articulação

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL *et al.*

The home care job...

em rede e sua legitimação como política pública de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2010.

2. SILVA KL, Sena RR, Seixas CT, Feuerwerker LCM, Merhy EE. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev Saúde Pública* 2010;44(1):166-76.

3. Turci MA, organizadora. Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. 432 p.

4. Silva KL, Sena R, Leite JCA, Seixas CT Gonçalves AM. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública* 2005;39(3):391-7.

5. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-8.

6. Martins SK, Lacerda MR. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. *Rev. RENE*. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 148-156, abr./jun.2008.

7. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria N. 2527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011.

8. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 2.959, de 14 de dezembro de 2011. Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados

com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Brasília. 2011.

9. Mazzotti AJA. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cad Pesq*. 2006; 36(129):637-51.

10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução Nº 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.

11. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto Contexto Enferm* 2006 out-dez;15(4):679-84.

12. Matumoto S, Mishima SM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida MCP. Preparando a relação de atendimento: ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009, vol.17, n.6, pp. 1001-1008;

13. Merhy EE. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec, 2002.12.

14. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*. 2004, v.13, n.3, p.6 -15, set - dez.

15. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009, 14(Supl.1):1463-1472.

16. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em equipes de saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997: 229-65.

Andrade AM, Brito MJM, Silva KL *et al.*

The home care job...

17. Alves M, Araújo MT, Santana DM, Vieira DL. Trabalho do enfermeiro em uma empresa de home care de Belo Horizonte. Invest Educ Enferm. 2007. 25(2): 96-106.
18. Schutz Vivian, Leite Josete Luzia, Figueiredo Nélia Maria Almeida de. Como administrar cuidados domiciliares: o custo e o preço do preparo e do trabalho da enfermagem uma experiência. Esc. Anna Nery. 2007; 11(2): 358-364.
19. Neves D, Petra I, Azevedo R, Petra S. Atenção domiciliar: uma reflexão sobre a capacitação profissional na perspectiva das políticas voltadas para o idoso. R. pesq.: cuid. fundam. 2010. jul/set. 2(3):1165-1180.
20. Hermann AP, Méier MJ, Wall ML, Bernadino E, Lacerda MR. A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica da enfermagem brasileira. Cogitare Enferm. 2009. Out/Dez; 14(4):748-54.

Recebido em: 01/06/2012

Aprovado em: 18/01/2013